# Ueber manisch-depressives Irresein im Kindesalter.

Von

Dr. W. Lackmann.

# Ueber manisch-depressives Irresein im Kindesalter.

——::——

**Inaugural-Dissertation**

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

**hohen medizinischen Fakultät**

der

**Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen**

vorgelegt von

**Wilhelm Lackmann**
approb. Arzt
aus **Bochum i. W.**

AGAD.
LAND.BAT.
BIBL.

Tag der mündlichen Prüfung: 28. Juli 1906.

**Hamm i. W.**
Druck von Reimann & Co..

Dekan: **Prof. Dr. Oeller.**
Referent: **Prof. Dr. Specht.**

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542702_0058

Die Geschichte der Kinderpsychosen nimmt ihren Anfang um die Mitte des 18. Jahrhunderts. Zwar wurden auch vorher schon vereinzelt Psychosen bei Kindern beobachtet, doch beschränkte sich die Kenntnis der Aerzte bis zu dieser Zeit lediglich auf die Defectpsychosen, Idiotie und Kretinismus und auch diesen Krankheitsbildern brachte man nur geringes Interesse entgegen. Als dann um besagte Zeit die Psychiatrie allmählich als selbständige Wissenschaft hervortrat, entwickelte sich auch bald die Lehre von den Geistesstörungen der Kindheit. Die damaligen ersten Schriften über psychiatrische Themata berichteten gleichzeitig über einige Fälle von Kinderpsychosen. Welcher Art die Geistesstörungen waren, geht aus diesen Arbeiten nicht mit Bestimmtheit hervor, doch ist soviel aus ihnen zu ersehen, dass es nicht etwa Blödsinnsformen waren. Zu Anfang des 19. Jahrhunderts mehrten sich die einschlägigen casuistischen Beiträge. In diesen Veröffentlichungen wurde der Versuch gemacht, aetiologische Momente für das kindliche Irresein ausfindig zu machen, und vornehmlich beschuldigte man acute Krankheiten, Schreck, geistige Ueberanstrengungen und Kopfverletzungen als Ursache. So berichtet Esquirol (1.) über einen Fall von Irresein bei einem 8jährigen Kinde, das durch seine Gouvernante heftig erschreckt worden war. Casper (2.) lieferte 1825 Beiträge zur Aufklärung des Selbstmordes im Kindesalter. Eine umfangreiche Literatur über Seelenstörungen der ersten Lebensjahre veröffentlichte J. B. Friedreich (3.). Er kämpfte

besonders gegen die damals bekanntlich noch von mancher Seite vertretene moralistische Auffassung der Geisteskrankheiten, wonach das Irresein als Folge von Ausschweifungen und Sünde anzusehen sei. Auch bestritt er die aus solch irrtümlicher Stellungnahme erwachsene Behauptung seiner Gegner, dass Psychosen im Kindesalter, der Periode der Unschuld, sehr selten seien, unter dem schlagenden Hinweis auf den Blödsinn und fieberhafte Delirien somatischen Ursprungs, die bei Kindern einen dem Blödsinn ähnlichen Charakter annähmen, sodass man wohl an eine Disposition des kindlichen Alters für diese Formen psychischer Abnormitäten glauben könne. Dagegen behauptet er im Gegensatz zu Carus (4.) mit Unrecht, dass alle Geistesstörungen, die beim Erwachsenen beobachtet würden, auch in der Kindheit zu finden seien; erinnert sei nur an das Jugendirresein, die Paranoia und die verschiedenen Psychosen, die in Anbetracht ihrer Aetiologie im Kindesalter nicht auftreten können, so die Psychosen des Puerperiums, Klimacteriums und Seniums.

Noch verschiedene Arbeiten über Ursachen und Symptome der Kinderpsychosen gehören dieser Zeit an, so von Guislain (5.), der z. B. eine im Anschluss an einen Schlag auf die Nase aufgetretene Psychose beschreibt. Zeller (6.) veröffentlichte einen Fall von Melancholie, die in Manie überging und schliesslich mit Demenz endete. Stolz (7.) publizierte als erster eine Krankheitsgeschichte mit Sektionsbefund eines nicht ursprünglich blödsinnigen, sondern nach Manie in geistige Schwäche mit Aphasie verfallenen Kindes; es fanden sich ausgedehnte Zerstörungen in beiden Vorderlappen des Gehirns. Griesinger (8.) behandelte dann in seinem 1845 zum ersten Male erschienenen Werk über Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten auch die Kinderpsychosen und brachte sie in gedrängter Form vollständig erschöpfend zur Darstellung.

Von 1854 an nimmt sich auch die Kinderheilkunde mehr der Pathologie der Psychosen an.

West (9.) bearbeitete neben Epilepsie und Blödsinn das eigentliche Irresein der Kinder. Er erklärt, dass bei Kindern ebensogut wie bei Erwachsenen Seelenstörungen vorkommen, die im wahren Sinne des Wortes Verrücktheit oder Geisteszerrüttung genannt werden müssten; jedoch zeigten sie sich hauptsächlich unter den Formen von Gemütsanomalien, die einen solch milden Verlauf nehmen könnten, dass sie häufig garnicht den Verdacht auf Geistesstörungen zuliessen. Besonders scharf hebt er das ätiologische Moment der geistigen Ueberbürdung hervor.

Um die Mitte des vorigen Jahrhunderts wurde in Bicêtre zu Paris eine besondere Abteilung für geisteskranke Kinder eingerichtet unter Paulmier, der sich hauptsächlich mit statistischen Arbeiten über Kinderpsychosen und Darstellung der Manie im Kindesalter, beschäftigte.

Neumann (10.) behauptete in seinem 1859 erschienenen Lehrbuch der Psychiatrie: „So wie aber das Kind einmal sprechen kann, kann es auch delirieren d. h. irre reden, d. h. irre sein.“ Dass dies Irrereden sich hauptsächlich an fieberhafte Krankheiten anlehne, tue dem tatsächlichen Vorkommen keinen Abbruch. Vielmehr beweise es, wie sehr die Aeusserungen der Seelenfunktionen von körperlichen Störungen abhängig seien.

Morel (11.) klassifizierte 1860 die Psychosen nach ihrer Aetiologie und schilderte in der 4. Klasse die Idiotie, die häufigste Form der Kinderpsychosen. Die anderweitigen Formen erwähnt er nur bei den allgemeinen aetiologischen Verhältnissen.

Marcé (12.) behandelte 1860 Psychosen, die im Anschluss an Cholera auftraten und glaubte behaupten zu können, dass derartige Psychosen sehr häufig

charakterisiert seien durch Sinnestäuschungen, manische Aufregungszustände, Delirien und moralische Verkehrtheiten.

1862 veröffentlichte Conolly (13.) eine Arbeit über Kinderpsychosen. Ihr hauptsächlichster Wert besteht in der einzigartigen Naturtreue, mit der er die abnormen Kinder zu schildern verstand. Ueberaus wertvoll für alle Zeiten ist auch das casuistische Material, das er seiner Arbeit beifügte.

Berkhahn (14.) publizierte 1863 55 Fälle von Kinderpsychosen innerhalb der 12 ersten Lebensjahre, und zwar handelt es sich um Blödsinn, halluzinatorisches Irresein, Melancholie und Manie. Am Schlusse seiner Arbeit äusserte er den dringenden Wunsch, dass man durch Veröffentlichung möglichst vieler Fälle die Casuistik der Kinderpsychosen erweitern möge. Nach seiner Meinung bewegten sich in der menschlichen Gesellschaft viele Verrückte, die von Kindheit an krank seien, aber nie als solche erkannt würden.

Einen Markstein in der Geschichte der Kinderpsychosen bildet die von Maudsley (15.) verfasste 1870 von Böhm ins Deutsche übertragene Physiologie und Pathologie der Seele. In diesem Werke stellte er das Irresein der Kinder als eine in den physiologischen Umständen dieses Lebensalters begründete Form hin; er gab den Kinderpsychosen das aetiologische Prinzip, wie es die 1863 von Kahlbaum (16.) beschriebene Hebephrenie, die klimakteriellen Psychosen und die Geistesstörungen des Seniums als spezifische Irreseinsformen eines bestimmten Alters bereits besassen. Vornehmlich möchte er das „sensumotorische“ Irresein als charakteristisch für das Kindesalter hinstellen und bezeichnet den Somnambulismus, eine häufige Erscheinung im Kindesalter, als Prototyp dieses pathologischen Geisteszustandes, weiterhin das unmotivierte Lachen und Wutausbrüche. Er behauptet: „Sobald sich

bestimmte Vorstellungen in der Seele des Kindes gebildet haben, sind auch Wahnvorstellungen möglich"; gibt aber zu, dass die Summe der Vorstellungen noch sehr gering und infolge mangelhafter Associationen keine Methode in der Verrücktheit wie bei Erwachsenen sei. Als weitere Formen bezeichnet er die Monomanie (Partial ideational insanity), das choreatische Delirium, die Katalepsie, die er allerdings selbst nicht recht von den choreatischen und epileptischen Geistesstörungen zu trennen vermag, die Epilepsie, Manie, Melancholie und als letzte Psychose das affektive Irresein, wobei er zwei Formen unterscheidet, das instinktive und das moralische Irresein. Letztere Form finde sich in der Regel bei schwer belasteten Individuen, welche, die Keime späterer Verworfenheit in sich tragend, noch die gefallene Majestät des Menschen zeigten, jedoch trotz aller geistigen Defekte nicht auf die Stufe der Tiere hinabsänken. Die folgenden Jahre bringen weiterhin hauptsächlich casuistische Beiträge, so von Collineau (17.), Wiedemeister (18.), Meschede (19.), Köhler (20.), Scherpf (21.) u. a.

In den „Statistischen Untersuchungen über Geisteskrankheiten" Erlangen 1876, versuchte Hagen (22.) festzustellen, in welchem Alter der Mensch am meisten Gefahr laufe geisteskrank zu werden. Er stützte sich auf die in einem Zeitraum von 25 Jahren (46—71) in die Erlanger Irrenanstalt aufgenommene Gesamtzahl der Geisteskranken, wobei jede einzelne Aufnahme für sich gezählt wurde. Nach Ausscheidung aller angeborenen Krankheiten verblieben ihm 1505, die er nach dem Alter, in welchem sie zum ersten Male erkrankten, gruppierte. Er benutzte die Altersstufen vom 1. bis 15. Jahre, dann Zeitabschnitte von 5 Jahren bis zum 70. und als letzte Stufe das Alter über 70 Jahre hinaus. Nach der dann vorgenommenen prozentualen Berechnung fand er, dass 32 von 1505 oder 2,06 % im Alter vom

1.—15. Jahre erstmalig erkrankten. Mit dieser Zahl glaubte Hagen den Prozentsatz der Beteiligung der Kinder an Geisteskrankheiten gefunden zu haben. Differenzen zwischen diesen Ergebnissen und denen anderer Statistiker z. B. Kosters (23.) und Tigges (23.) führte Hagen zurück auf mancherlei Ungleichheiten, die sich bei Bewohnern verschiedener Gegenden vorfänden, und die sich hinsichtlich der Prozentziffern der Gesamtbevölkerung in den einzelnen Altersstufen und hinsichtlich der Erblichkeit feststellen liessen.

Im Jahre 1887 verfasste dann Emminghaus (24.) für das von Gerhardt herausgegebene Handbuch der Kinderkrankheiten ein Werk, betitelt: Die psychischen Störungen des Kindesalters, worin er ausser zahlreichen Selbstbeobachtungen ein mit vieler Mühe zusammengetragenes Material, von den ersten Anfängen der modernen Psychiatrie beginnend, veröffentlichte. Nach einer längeren allgemeinen Abhandlung über Kinderpsychosen bearbeitete er im speziellen Teile die Neurasthenia cerebralis, die Melancholie, Manie, Dementia acuta, Hypochondrie, Paranoia, das transitorische Irresein, die Idiotie, Epilepsie und Hysterie. Hieran anschliessend kommt er auch noch kurz auf das choreatische und toxische Irresein zu sprechen. Dieses Werk dürfte wohl als die wichtigste und umfassendste Arbeit auf dem Gebiete der Kinderpsychosen anzusehen sein.

Moreau (25.) gab 1888 sein bekanntes Werk „la folie chez les enfants“ heraus. Für die neuere Zeit kommen dann die Werke in Betracht von Marcel Manheimer (26.): Les troubles mentaux de l'enfance, Ireland (27.): The mental affections of children. Den breitesten Raum in diesem Werke nimmt allerdings die Idiotie ein.

Ausserdem in der neuesten Zeit verschiedene Abhandlungen über einzelne Psychosen oder auch allgemeine, so von Ziehen (28.): Die Geisteskrankheiten des

Kindesalters. Bruns (29.) über Hysterie im Kindesalter, eine Arbeit von Mönkemöller (30.): über Geistesstörung und Verbrechen im Kindesalter. Pick (31): über einige bedeutsame Psycho-Neurosen des Kindesalters. Eulenburg (32.): Die Hysterie des Kindesalters und als letzte: Weygandt (33.) leicht abnorme Kinder.

Die Casuistik der Kinderpsychosen ist demnach nicht sonderlich reichhaltig. Zwar sollte man meinen, dass ein Kind mit seinen zarten Organen, seinem empfindlichen Gehirn, erst recht disponiert sei zu allen möglichen psychischen Affektionen. In diesem Sinne äussert sich auch Kraepelin (34. [Psychiatrie]): „Man sollte erwarten, dass die geringe Widerstandsfähigkeit des kindlichen Gehirns, eine entschiedene Neigung zu geistiger Erkrankung mit sich bringe. In der Tat spricht für diese Ansicht die tägliche Beobachtung, indem sie uns zeigt, dass gewisse Schädlichkeiten, die der Erwachsene ohne Störungen erträgt, z. B. leichte fieberhafte Erkrankungen, im Kindesalter alsbald ausgeprägt psychische Veränderungen herbeizuführen pflegen.“ Doch widerlegt Kraepelin gleichzeitig diese Auffassung: „Allein die unerschöpfliche Spannkraft der kindlichen Gewebe ermöglicht offenbar einen raschen und vollständigen Ausgleich der Störungen, sodass die Dauer, wenigstens der heilbaren Formen, in der Regel nur eine kurze zu sein pflegt. Sie entgehen aus diesen und anderen Gründen meist der psychiatrischen Zählung.“

Dazu kommt, dass Geistesstörungen im Kindesalter ungemein schwer zu erkennen sind. Die labile Seelenverfassung des Kindes lässt es nicht zu, einen Normaltypus für die Kinderseele aufzustellen, um etwa an der Hand eines Vergleiches mit der Seele der Erwachsenen einen Rückschluss auf die kindlichen Geistesstörungen unternehmen zu können. Das Kind ist nach der intellektuellen und affektiven Seite, sowie in seinen Willens-

äusserungen so schwankend und unfertig, dass schon ein geübtes Auge sich anstrengen muss, Abweichungen von der Norm zu erkennen. Es liegt ferner in der Natur der Sache, dass die Formen der infantilen Psychosen nicht jene Vielgestaltigkeit aufweisen können, wie sie uns bei den Geistesstörungen der Erwachsenen entgegentritt. Der Kinderpsychopathologie fehlen die Bilder, die nur das Rückbildungsalter und das eigentliche Senium erzeugen kann, es fehlen ihr so gut wie ganz die chronischen und transitorischen Störungen des Alkoholismus und der sonstigen Intoxikationen. Vereinzelte Fälle ausgenommen scheidet auch die progressive Paralyse hier aus und fällt die Dementia praecox der Hauptsache nach weg, wofern man nicht gewisse Fälle von idiotischem Schwachsinn Kraepelin folgend als Frühformen der Dementia praecox zurechnen will. Gegenüber diesem Ausfall sind für das Kindesalter nur die Defektzustände der Idiotie und Imbezillität spezifisch.

Ist nun bei einem Kinde, sei es durch Eltern, Lehrer oder Hausarzt eine psychische Störung konstatiert, so ist damit noch längst nicht gesagt, dass das Kind einem Psychiater zur Behandlung überwiesen wird. Ein Kind ist leicht zu behandeln und zu pflegen, während bei erwachsenen Patienten, wenn auch nicht immer plumpe Gemeingefährlichkeit, so doch Mangel an Pflege und Ueberwachung in den meisten Fällen die Anstaltsaufnahme veranlasst. Eltern und Geschwister werden sich daher nur äusserst schwer entschliessen, ein krankes Kind in Anstaltsbehandlung zu geben, zumal auch ihr Gemüt sich dagegen sträubt: „Warum, so sagen sie, können die vom Arzte für notwendig gehaltenen Massregeln nicht ebenso gut und sogar besser bei uns im Hause ausgeführt werden? Wir können ja für unser Kind alles tun, wir können ihm einen besonderen Wärter halten, es in einem besonderen Zimmer unterbringen und die eigentliche Pflege können wir doch wohl besser

und sorgsamer ausüben als das beste Krankenhaus. Bruns. (29.)

Auch Emminghaus (35.) ist der Ansicht, dass die transitorischen und acuten meist nicht schweren Alienationen der Kinder nur der Praktiker und der Kinderarzt zu sehen bekomme und er konnte gegenüber den Statistiken von Hagen, Kosters und Tigges wohl nicht mit Unrecht behaupten, dass die Disposition des Kindesalters zu psychischen Störungen grösser erachtet werden müsse als sie nach statistischen Erhebungen sich darstelle und darstellen könne, da alle Fälle von Kinderpsychosen, die sich ausserhalb der Anstalt fänden, in den Statistiken natürlich nicht mitgezählt würden.

Nach alledem ist es sehr leicht zu begreifen, dass der Anstaltspsychiater wenig Gelegenheit hat, Kinderpsychosen zu beobachten und es mag daher schon gestattet sein, in Ermangelung einer grösseren Anzahl eigener Beobachtungen die vorhandene Literatur zu gebrauchen.

Werfen wir nun einen kurzen Blick auf die Geistesstörungen, die am häufigsten bei den Kindern zur Beobachtung kommen, so fällt zunächst die Idiotie mit ihren verschiedenen Graden ins Auge, die bekannteste und häufigste Psychopathie der Kinderjahre. Neben ihr nimmt die Epilepsie einen breiten Raum ein in der Statistik der kindlichen Geistesstörungen. Die weiteren krankhaften Veränderungen der Kinderseele bleiben hinter diesen erstgenannten gleich bedeutend zurück, so der regionäre Kretinismus, das choreatische Irresein, die Hypochondrie, während die Kurve noch einmal steigt hinsichtlich der Hysterie um dann ziemlich niedrig zu verlaufen für die Melancholie, die Manie und das circuläre Irresein.

Diese drei Formen gehören ja nach modernen Anschauungen eng zusammen, sie sind nur verschiedene Ausprägungen der grossen Krankheitsgruppe des manisch-

depressiven Irreseins. Es ist darum die Emminghaus'sche Schilderung des circulären Irreseins bei Kindern in ihrer Sonderart eigentlich veraltet. Trotzdem will ich sie aus historischen Motiven hier zunächst folgen lassen. Emminghaus (24.) bespricht diese Psychose im Anschluss an einige Fälle von periodischem Irresein und veröffentlicht ausser vier übernommenen Krankheitsgeschichten zwei aus eigener Beobachtung.

Ueber die Psychose äussert er, dass sie charakterisiert sei durch den regelmässigen Wechsel von Depression, Exaltation und lichten Zwischenräumen. Meistens beginnt die Krankheit mit dem Depressionsstadium, das nach seiner Erfahrung durchweg länger anhalten soll, als das Exaltationsstadium. Die Intermissionen sind bei Kindern von ziemlich langer Dauer. Das Depressionsstadium kann Melancholie, Schwermut mit hypochondrischer Färbung oder Stupor sein; es entwickelt sich binnen wenigen Tagen. Tiefe Entstellung der Physiognomie, erheblicher Marasmus, Abnahme des Körpergewichts, Abnahme aller Sekretion, hartnäckige Obstipation, Zungenbelag und foetor ex ore, Trockenheit der Haut, Sinken der Temperatur um 1 bis 2 Grade, Kleinheit und Verlangsamung des Pulses bis auf 50 per Minute, Schwäche der Herzaktion, Oberflächlichkeit der Atmung stellen sich als begleitende Symptome ein. Die Kranken achten mehr als erwachsene Melancholiker auf die Umgebung und concipieren keine depressiven Wahnideen. Gewöhnlich klingt die depressive Phase rasch ab, sie kann über Nacht in die maniakalische Phase oder in das freie Intervall übergehen, während die in schweren Fällen vorhandenen Begleiterscheinungen rasch schwinden.

Die Exaltation, welche ebenfalls rasch zur vollen Intensität sich entwickelt, ist gekennzeichnet durch einen hypomanischen Zustand, Neigung zum Intriguieren, Skandalieren, Streitsucht, auch Stehlsucht, Leidenschaftlichkeit

aller Art. Gleichzeitig steigt die Sekretion, die Defäcation nimmt zu, das Aussehen wird blühend, oft mit erheblicher Zunahme des Körpergewichts und hoher Frequenz des Pulses (bis 120) bei Spannung der Arterie. Die Haltung wird stolz, der Gang elastisch, die Physiognomie, der Schlaf bleibt immer unruhig. Auch hier ist ein rasches Abklingen des Zustandes die Regel. Die Intermissionen sind entweder rein oder durch leichte Störungen getrübt; sie können sich Monate, selbst Jahre hinziehen, sodass der Gedanke an Heilung nahe liegt. Eine Schwächung der geistigen Fähigkeiten, nachweisbar in dem Intervall, ist nach Emminghaus im Kindesalter noch nicht beobachtet worden. Der Verlauf der Krankheit im Kindesalter endigt mit Verschleppung derselben in das Jugendalter. Die Diagnose gründet sich auf den Verlauf der Krankheit. Als aetiologisches Moment kommt nach Emminghaus für das circulaere Irresein ebenso wie für das periodische ein hereditär-degenerativer Prozess in Betracht. Die von Emminghaus angeführten Krankheitsfälle sind folgende:

I. Ein Fall von Jacobi:

16jähriger Knabe, erheblich zurückgeblieben, durchaus kindlicher Habitus. Mutter und Bruder geisteskrank. Patient mittelmässig begabt und gutmütig. Beginn der Krankheit mit Klagen über Frost und mit Arbeitsverweigerung, abrupter Grössenwahn, anhaltendes Lärmen und Toben. Nach etwa fünf Wochen Beruhigung und dann durch fünf Wochen vernünftiges Betragen. Abermals für vier Wochen aufgeregtes, freches Wesen. Darauf vier Wochen hindurch Normalverhalten. Es folgt eine fünfmonatige Tobsuchtsperiode, keine Verstandesstörung, Klagen über Schwindel, sagt, dass es schlecht um ihn stehe. Darauf noch verschiedentlich Wechsel von Intermission und Manie, dann plötzlich einsetzender ca. zehn Wochen anhaltender Stupor. Patient ist ganz

stumpfsinnig, muss wie ein Kind an- und ausgekleidet, gefüttert werden, lässt unter sich gehen, zwischendurch erweist er sich etwas besonnener, Intermissionen, stuporöse und maniakalische Zustände wechseln von nun an ab bis ein freies Intervall von einjähriger Dauer eintritt. Zu diesem Falle wird besonders betont, dass die einzelnen Zustandsformen jäh in einander übergingen.

II. Beobachtung von Mérier:

16jähriger Knabe. Nach Typhus zuerst periodische Tobsucht, dann wechselnde Zustände von Depression und Exaltation von verschiedener Dauer und mannigfaltigen Uebergängen. Der Umstand, dass die Krankheit schon mehrere Jahre bestand und von der Pubertätsentwickelung noch Erwartungen, bezüglich der Heilung gehegt wurden, beweisen, dass es sich um circuläres Irresein bei einem Kinde handelte.

III. Kelp; Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 31. Seite 75, Fall 3:

13jähriger Knabe, körperlich gesund, Tante gemütskrank. Patient mässig talentiert. Wegen häufiger Schulstrafen zuerst melancholisch mit Selbstmordversuch, daher Anstaltsaufnahme. Anfänglich Normalverhalten, dann trübe Stimmung, Weinerlichkeit, Unzufriedenheit, Empfindlichkeit, Trotz, wenn ihm nicht nachgegeben wird; dann plötzlich exaltierte Stimmung, Pfeifen, Singen Tag und Nacht, Zerreissen der Kleider; Schmieren mit Fäces. Oft Erbrechen und Appetitmangel. Ueber die Dauer des melancholischen Stadiums ist nichts gesagt; das maniakalische dauert 10—20 Tage und geht dann durch 2—3 Tage in Normalverhalten über, welches gewöhnlich 2—3 Wochen bestehen bleibt. Zur Zeit der Publikation war Patient noch in Behandlung.

IV. von Krafft-Ebing; Lehrbuch der Psychiatrie, I. Auflage, Band III, Seite 141.

15jähriger Knabe, kindlicher Habitus. Onanie. Anschliessend an geringe psychische Erregungen, Melancholie mit Praecordialangst von 3wöchiger Dauer, dann heitere Aufregung 6 Wochen hindurch, auf welche Stupor von wenigen Tagen Dauer folgte. Darauf heftige Manie. Nach wiederholtem Wechsel dieser Zustände: „Heilung", auf wie lange, ist nicht gesagt.

V. Emminghaus (eigene Beobachtung).

Lisa Oskar, estnisches Bauernmädchen, kindlicher Habitus, noch nicht menstruiert. Begabung gut. Vater an Phthise, 4 Geschwister im ersten Lebensjahre an unbekannten Ursachen gestorben. Patientin war vor einem Jahre krank. Beginn der jetzigen Krankheit mit Verworrenheit, Herumirren im Walde. Besserung nach Behandlung in der medizinischen Klinik zu Dorpat. Auf die Nachricht, dass ihre Krankengeschichte in einer estnischen Zeitung mit Nennung ihres Namens stehe, abermalige Erkrankung. Reizbares, zornmütiges Wesen, Zerstörungssucht. Bei der Aufnahme in die psychiatrische Klinik am 4. Juni 1885 ausser geringer Schalldifferenz der Lungenspitzen nichts besonderes im körperlichen Verhalten; psychisch ausgebildete Manie, heitere Stimmung, Ideenflucht, Schlagfertigkeit in Antworten, Zerstörungssucht, Nachahmen von Tierstimmen, Singen, Pfeifen etc., Appetitmangel. Vom 8. Juni an Beruhigung, vom 10. an Normalverhalten. Vom 18.—26. einsilbiges verlegenes Verhalten, leises Sprechen, unruhig, ängstliche Träume. Danach ein maniakalischer Anfall und dann Wechsel von Depression und Exaltation. Am 1. August unruhig, schlechter Schlaf. Patientin weint viel, lacht aber dazwischen ohne Grund. Am 2. August wieder vollständige Manie. Wird von den Angehörigen nach

Hause geholt. Der Gang des Körpergewichtes war folgender: Intermission 112; Melancholie 116, 117; Manie 112; Intermission 110, 119, 127; Melancholie 121; Manie 117.

### VI. Emminghaus (eigene Beobachtung).

A. Wilhelm, 15jähriger Knabe von kindlichem Habitus. Vater reizbar. Kopfverletzungen vor 5 und 2 Jahren. Seit ca. 2 Monaten leidet er an regelmässigen 14tägigen Perioden von Depression und Exaltation. Während der ersten trübe Stimmung, klagt über mancherlei Beschwerden, hat geringen Appetit. In der letzten Zeit ist er schlaflos, singt und pfeift, verrät Selbstüberschätzung, hat geringen Appetit. Wegen Zunahme der Exaltationserscheinungen Einlieferung in die Klinik am 1. August 1884, 8 Tage vorher maniakalisch, dieses Bild hält an bis zum 7. August; dann etwas Beruhigung und am 8. nach ruhiger Nacht trübe, weinerliche Stimmung, ist über alles gleich zu Tränen gerührt, klagt über Verstopfung, will auf die ruhige Abteilung, bittet den Arzt unter Tränen um Verzeihung wegen seines Betragens in der aufgeregten Zeit, an welche er sich genau erinnert. Schleicht mit gesenktem Kopf und Stirnfalten in der Stube herum. Hat jetzt tatsächlich Obstipation. Am 20. August fröhliche Stimmung, die er als Folge der durch Clysma erzielten Stuhlentleerung hinstellt. Gesicht rot, Stirn heiss. Puls 80. Rasch entwickelt sich genau dieselbe Manie wie beim Eintritt, nur ist die Intensität etwas geringer. Am 3. September beginnt Beruhigung, welche langsam zunimmt. Es besteht noch gelegentlich Reizbarkeit, Neigung zu Schabernack, zum Bekritzeln der Wände mit Bleistift etc. Anfang November erst trat vollständiges Normalverhalten ein, welches diesen Monat hindurch anhielt. Auf Wunsch des Vaters wurde er, weil er beruhigt war, am 2. Dezember

entlassen. Wie verlangt war, stellte er sich noch einige Zeit hindurch regelmässig in der Klinik vor und erwies sich frei von psychischen Störungen.

Gerade als E. im Begriffe stand, Dorpat zu verlassen, wurde die abermalige Aufnahme in die Klinik beantragt, weil er seit einiger Zeit wieder Wechsel von Depressions- und Exaltationszuständen darbot. Er hatte also nur eine lange Intermission von etwa $1^1/_2$ Jahren gehabt.

Das Körpergewicht zeigte bei diesem Kranken von Woche zu Woche gemessen, folgenden Gang: Manie 110; Melancholie 115, 116; Manie 114, 112; Intermission 117, 123, 132, 137, 140, 142, 142.

Bezüglich der Prognose äussert sich Emminghaus durchaus in ungünstigem Sinne.

Ausser diesen Mitteilungen fanden sich in der Literatur noch folgende Fälle:

Hegar (36.) veröffentlichte in der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie 58. Band Seite 357 Beob. 9 einen Fall von Circulärpsychose bei einem 14jährigen Mädchen: lebhafter Wechsel von Depression, Exaltation und ruhigen luciden Phasen; mit dem Eintritt der Menses nach $^3/_4$jähriger Krankheitsdauer. Ausgang in Genesung.

F. Moeller (37.): Beitrag zur Lehre von dem im Kindesalter entstehenden Irresein: Archiv für Psychiatrie, Band XIII, Seite 188:

Fall I. Schwer belasteter Bauernjunge. Begabt und fleissig; von jeher leicht zornig, mutwillig, zu allerhand Streichen aufgelegt, „in der letzten Zeit der Schulpflicht hätte das Betragen besser sein können, namentlich war er in dem letzten halben Jahre (damals 13 Jahre alt) in vorher nie bemerkter Weise frech und ungezogen.“ Als Lehrling in einer Maschinenwerkstätte wurde er schon nach 2 Tagen als unbrauchbar weggeschickt; er hatte alles verkehrt gemacht, die älteren Arbeiter wegen ihrer Faulheit und ihres Unverstandes geschimpft, die

Maschinen waren, wie er sagte fehlerhaft, er wollte Maschinen eigener Erfindung aufstellen, alles in anderer Weise einrichten, er schwätzte in einem fort, erklärte sich für sehr reich und entwarf die verkehrtesten Pläne. Er duldete keinen Widerspruch und geriet dann in den heftigsten Zorn. Bedrohte später seinen Stiefvater mit Beil und Pistole, anderen gegenüber heiter, prahlte mit seinen Kenntnissen etc. In die Anstalt verbracht, war er zunächst unverändert, benahm sich mit der grössten Unbefangenheit, war stets in der heitersten Stimmung, sprach viel, war auf alle Vorgänge in seiner Umgebung aufmerksam, mischte sich in jedes Gespräch, war in seinen Antworten immer schlagfertig; meinte alles zu verstehen, durchsetzte seine Aeusserungen mit abstrakten Sentenzen und Bibelsprüchen, bemühte sich, hochdeutsch zu sprechen etc. Nach dreitägigem Aufenthalt in der Anstalt schlug das Bild in das Gegenteil um. Der Patient war niedergeschlagen, weinte kläglich, jammerte nach Hause, wollte von den seither behaupteten Kenntnissen und Fertigkeiten nichts mehr wissen. Dieser Depressionszustand hielt nur einen Tag an, ein wenige Tage darauf verfasster Brief zeigt ihn wieder in hypomanischer Stimmungslage, er kommt darin auf alle möglichen Angelegenheiten zu sprechen, trägt ungezählte Grüsse auf und schliesst mit den pathetischen Worten: „Der Herr sei bei Euch allezeit und behüte Euch bis an der Welt Ende.“ Nach und nach kam er in ruhigere Stimmung und konnte nach fünf Monaten als genesen entlassen werden.

Vielleicht dürfte sich auch der von demselben Autor mitgeteilte Fall III (Band XIII, Seite 215. Archiv für Psychiatrie) restlos dem circulären Irresein einfügen lassen:

Kind eines Bauern. Mit 8 Jahren nach Scharlach Depression, unterbrochen von kurzen hypomanischen Phasen. Die Depression war begleitet von Angst-

paroxysmen, das Kind rief: Eben kommen sie, seht Ihr sie denn nicht — sie wollen meinen Vater umbringen, sie schneiden ihm die Beine und den Hals ab — dort kommt einer, der will mir den Hals abschneiden — die Türken kommen — die Gendarmen wollen den Vater arretieren — der Vater hat ein Kind getötet — eben schneiden sie der Mutter die Hand ab etc. Bei der Aufnahme in die Anstalt war das Kind anscheinend noch depressiv, wurde dann bald manisch, es heisst in der Krankengeschichte: Tagsüber und zeitweise auch während der Nacht war sie in fortwährender Bewegung, bald schlüpfte sie hinter die Vorhänge, bald kroch sie unter die Betten, sie wälzte sich auf dem Boden umher, schlug Purzelbäume, zog sich die Röcke über den Kopf, schrie plötzlich laut auf, sang ein Lied. — Nach und nach Beruhigung und Entlassung auf Wunsch der Eltern, doch scheint Patientin auch später noch in hypomanischer Stimmung gewesen zu sein, denn der Lehrer schrieb nach 8 Monaten: „Lässt man die leicht erregte Natur ausser Betracht, so kann man sagen, dass das Mädchen wieder vollständig hergestellt sei.“

A. Pilcz (38.): Die periodischen Geistesstörungen. Jena. Gustav Fischer.

Fall II. Bauerntochter. Beginn der Erkrankung mit Depression im 14. Lebensjahre, noch vor der Menstruation, seitdem unausgesetzt circulaeres Irresein, lang dauernde Phasen ohne eigentliches Intervall, Uebergang von der Manie zur Melancholie plötzlich, von der Melancholie in die Manie sehr allmählich unter dem Bilde eines Mischzustandes.

Fall III. Schriftsteller. Im 12. Jahre Melancholie. Seit dem 17. Jahre circulaeres Irresein vom Typus Melancholie — Manie, stets deutlich lucides Intervall. 33jähriges Bestehen der Erkrankung und zahlreiche Anfälle; kaum merkliche geistige Abschwächung.

Schoenthal (39.): Archiv für Psych. Band XXIII, Seite 799.

Fall IV. Infantiles 15jähriges Mädchen, noch nicht menstruiert. 3 manische und 2 depressive Phasen in ziemlich raschem Wechsel.

Zimmer (40.): Ein Fall von infantiler circulärer Psychose. Inaug.-Diss. Berlin 99. Referat von Mendel im Neurologischen Centralblatt, Band XIX, Seite 676: 9jähriges Mädchen. Cousine der Mutter irrsinnig. Vater klagt über „Schwachsichtigkeit". Mehrere Geschwister schielen. Patientin selbst war von klein auf eigensinnig und von der Mutter verwöhnt. Im Alter von 8 Jahren zeigten sich die ersten Spuren geistiger Störung: Patientin drehte Schulkameraden im Tanze herum, ging ohne Grund aus dem Unterricht fort, behauptete, sie werde des Apfeldiebstahls beschuldigt, höre das Zischen und Schimpfen über sie, sie sei mit Ungeziefer behaftet, unglücklich und wollte ihrem Leben ein Ende machen; sie sei „im Kopfe nicht ganz richtig" und gegen ihre Eltern schlecht gewesen. Während ihres Aufenthaltes in der Klinik wechselte manische Erregung und melancholische Depression. Bisweilen schob sich ein Intervall relativ normalen Zustandes dazwischen, es handelte sich hierbei nach Verfassers Ansicht um Remissionen, die so ausgesprochen sein können, dass der Kranke genesen zu sein scheint. Als ätiologisches Moment kann man Erblichkeit in diesem Falle, welcher wegen des Beginnes der Psychose in früher Kindheit besonderes Interesse bietet, annehmen. Zu erwähnen ist, dass bei der Patientin während einer maniakalischen Phase ein Herpes zoster auftrat.

Betreffs der Therapie ist vor allem die Abwendung psychisch und körperlich schwächender Momente, ferner zweckmässige körperliche Pflege, Wasserbehandlung etc. zu empfehlen. Während der Pubertät, sowie während intercurrenter Krankheiten ist eine Verschlimmerung des

Leidens, bezw. das Auftreten von Recidiven zu befürchten. Symptomatisch ist Chinin, Brom, Opium und Morphium anzuwenden.

Ein von Schüle (41.) in seinem Lehrbuch der klinischen Psychiatrie mitgeteilter Fall von Circulärpsychose dürfte wohl bereits dem Pubertätsalter angehören, desgleichen ein von Krafft-Ebing in der Monographie: Psychosis menstrualis veröffentlichter Fall. Eine von Pilcz (38.) [Periodische Geistesstörungen] mitgeteilte Beobachtung: Cyklisches Irresein, kombiniert mit convulsiven Anfällen und Dämmerzuständen, wird man wohl hauptsächlich auf das Konto der Hysterie setzen dürfen.

---

Im Anschlusse hieran möchte ich folgenden, in der Erlanger psychiatrischen Klinik beobachteten Fall von circulärer Geistesstörung im Kindesalter zur Veröffentlichung bringen:

K. Marg., geb. zu Nürnberg am 26. Oktober 1890; aufgenommen am 16. Februar 1904.

Die junge Patientin wird von ihrem Stiefvater hereingebracht auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses, demzufolge das Kind wegen Depressionszuständen einige Zeit im elterlichen Hause behandelt wurde, dann 14 Tage im Kinderspital zu Nürnberg zubrachte und vor 3 Wochen dort gebessert entlassen wurde. Anfänglich ging es ihr daheim verhältnismässig gut, in den letzten Tagen stellten sich aber wieder schwere Depressionen mit Angst und Nahrungsverweigerung ein, sodass auf ärztlichen Rat die Einweisung in die psychiatrische Klinik erfolgte.

### Krankheitsgeschichte.

Die Mutter erzählt, sie habe das ausserehelich geborene Kind mit in die Ehe gebracht. Der leibliche Vater sei lungenleidend, dessen Mutter konnte nicht lesen und schreiben und starb mit 60 Jahren an Schlagflüssen, nachdem sie die Sprache verloren hatte; sie selbst leide an Rachen- und Mandelentzündungen, sowie Heiserkeit. Das erste Kind aus ihrer Ehe mit dem Drechsler J. G. starb $^3/_4$ Jahr alt an Lungenentzündung, die beiden nächsten schon in den ersten Lebenswochen an Convulsionen und Hirnentzündung. In ihrer Familie ist nichts von Geisteskrankheit bekannt. Bald

nach der Geburt erkrankte Patientin an einer schweren eitrigen Augenentzündung auf beiden Augen. 2 Jahre alt machte sie Lungenentzündung mit Keuchhusten durch. Sie bekam krumme Beine und der Doktor sagte: die Brust ist zu klein und der Bauch zu gross. Patientin lernte erst mit $2^1/_2$ Jahren das Laufen, indes wurden die Beine wieder gerade. Das Kind wurde dick und stark und war sonst wie andere Kinder. Das Augenleiden verlor sich nie mehr ganz und traten bald auf dem einen bald auf dem anderen Auge Bläschen auf. Sie wurde erst mit 4 Jahren geimpft. Im selben Jahre hatte sie die Masern, 1 Jahr darauf einen Ausschlag am ganzen Körper bis zu den Füssen, den der Arzt nicht weiter benannte, noch im vorigen Jahre hatte sie den gleichen Ausschlag. Schon seit Jahren laufe das eine Ohr und sei mit Krusten verpicht, der Arzt wollte es nicht zuheilen, das Kind hatte nie Anfälle. Es stiess lange mit der Zunge an und konnte erst mit 6 Jahren verständlich plaudern. In der Schule kam sie nicht vorwärts und machte jede Klasse bis zur III. zweimal durch, sodass sie jetzt statt in der VII. in der IV. sitzt. Sie ist im Kopfrechnen sehr zurück und kann nicht viel merken. Der Lehrer sagte immer, sie sei furchtbar nervenschwach und oft aufgeregt, es verlohne sich nicht, ihr Extrastunden zu geben.*) Andere Schularbeiten habe sie ganz gut gemacht. Im Uebrigen war das Kind kouragiert, lebhaft, zu anderen Leuten freundlich. Man konnte sie überall hinschicken. Sie war nicht lügenhaft oder diebisch; war sehr reinlich, ja putzsüchtig und stand öfters lange vor dem Spiegel, um sich zu betrachten. Im Sommer vor 2 Jahren (1901) wurde sie von einem Augenarzt in Nürnberg operiert, das rechte Auge war durch ein durchgebrochenes Geschwür ausgelaufen. Seit dieser Zeit sei es aufgefallen, dass das Kind öfter eine eigene innere Freude ganz anders wie sonst Kinder zeigte. Ohne einen ersichtlichen Grund sei sie umhergehüpft und habe ein übermütig läppisches Gebaren gezeigt. Anfänglich konnte die Mutter diese Manieren mit Erfolg verbieten, später jedoch nicht mehr. Kurz nach Weihnachten 1903 brachte die Lehrerin das Kind abends nach Hause mit der Nachricht: es habe geweint, über Kopfweh geklagt, alles durcheinander gemacht, sei nicht am Platz geblieben. In der Milch, die man ihr gab, sei etwas, sie nehme nichts von fremden Leuten. Zu Hause war sie blass, schaute immer in eine Ecke, schüttelte auf Fragen den Kopf, sprach nichts und erbrach von Zeit zu Zeit klaren Schleim. Der Arzt behandelte das Kind

*) Die klinische Untersuchung hat später ergeben, dass das Mädchen durchaus nicht schwachsinnig gewesen und dass hier eine falsche Beurteilung ihres Geisteszustandes seitens des Lehrers sich geltend machte.

in den ersten Tagen auf Gehirnhautentzündung mit Kopfüberschlägen und Einreibungen von grauer Salbe längs der Wirbelsäule. Er hat das Kind nicht gemessen, doch seien Kopf und Hände heiss gewesen und er glaubte, es habe Fieber. Das Kind habe zeitweise seine Eltern nicht gekannt, desgleichen nicht seine Lehrer. In der Milch sei Gift. In der Nudelsuppe Kreidestriche. Nach einigen Tagen erklärte der Arzt, er halte es nicht mehr für Hirnhautentzündung, denn es sei kein Fieber da. Einmal lag das Kind bewusstlos (?) und steif im Bett, sodass die Mutter arg erschrak. Ins Nürnberger Kinderspital verbracht, hatte es nach 9 Tagen einen sehr guten Tag und durfte es die Mutter besuchen. Bald nahmen sie das Kind nach Hause und der Arzt sagte: es ist was im Nervensystem nicht in Ordnung, eine Geistesstörung, die kommt rasch und vergeht wieder rasch. Zu Hause war sie 14 Tage lang wieder vergnügt und ging in die Schule. Gelegentlich der Anfertigung eines Aufsatzes fiel dann wieder eine Erschwerung ihrer geistigen Arbeiten auf. Die Eltern unterstützten sie dabei. Das Kind jedoch wurde sehr erregt: das stimmt nicht, das ist falsch, der Herr Lehrer hat das anders gesagt. Der Lehrer hat extra gesagt, man darf nichts abschreiben. Als man eine Mitschülerin gegen ihren Willen zur Unterstützung holen wollte, steigerte sich die Erregung; sie sprang die Treppe hinab, schloss sich in den Abort mit den Worten: jetzt bring' ich mich um. Die Mutter legte auf diese Drohung kein Gewicht, liess das Kind aber gleich holen. Von Vormittag 11 Uhr bis Abend 9 Uhr weinte es dann unaufhörlich.

### Aufnahme in die Klinik.

17. Februar 1904:

Das Kind, welches unter Weinen und Jammern auf die Abteilung geschoben und getragen werden musste, bietet, im Bette aufrecht sitzend, nach vorn gebeugt, an den Fingerbeeren zupfend, den Kopf stundenlang, scheinbar unbekümmert um die Vorgänge der neuen Umgebung, stark zur Seite gedreht und in eine Ecke gerichtet, das Zustandsbild des Stupors. Das blasse Gesicht zeigt aufs erste starre Leere, aus dem alles Leben gewichen zu sein scheint. Der Unterkiefer ist herabgesunken und aus dem eigentümlich rechteckig verzogenen Mundwinkel fliesst der Speichel in langen Fäden. Das schwere Krankheitsbild wird durch das rechterseits fehlende Auge bezw. den tief in die Orbita zurückverlagerten phthisischen Bulbus eigenartig erschwert. Nähert man sich dem Kinde, so reflektieren die stark gerunzelte Stirn und die bebenden Lippen die namenlose innere Angst. Man hört ein leises Wimmern, sie wendet sich vom Referenten ab und unter der

leisesten Berührung schauert der ganze Körper zusammen. Die oberflächlich beschleunigte Atmung wird zeitweise von einem tiefen Seufzer unterbrochen. Die Arme und die im Kniegelenk gebeugten Beine sind an den Rumpf angezogen und im Zustand kräftiger tonischer Starre. Jedem Versuch, die Extremitäten aus ihrer Lage zu bringen, setzt sich ein mit der Untersuchung steigender Widerstand entgegen. Dreht man den Kopf aus seiner Lage kehrt auch dieser in die alte Stellung zurück. Hände und Füsse sind eiskalt. Im Laufe der Untersuchung steigern sich der allgemeine Tremor, der das Bett mit erzittern macht, das Wimmern und Weinen zum Angstparoxysmus Es ist unmöglich, ein Wort aus ihr herauszubringen. Angebotene Speisen und Leckereien weist sie ab.

Für sein Alter ist das Kind auch körperlich schlecht entwickelt. Eine eingehende körperliche Untersuchung ist geradezu unmöglich. Unter dem leise perkutierenden Finger fährt sie wie unter einem Faustschlage zusammen. Die leiseste Berührung an irgend einer Körperstelle beantwortet sie mit Schmerzäusserungen und lebhaften Abwehrbewegungen, die fast so prompt wie Reflexe bei Hyperästhesie erfolgen. Sie verfolgt jede Bewegung des Untersuchenden voll Misstrauen und Angst. Es besteht starker foetor ex ore, hervorgerufen durch eine ausgedehnte stomalitis follicularis und reichliche Soor-Beläge. Die Zunge ist trocken, rissig und mit Borken bedeckt. An der Stirn, dem Bereiche der Glabella entsprechend eine kleinkinderhandgrosse teigig infiltrierte Hautpartie mit einzelnen blutig gefärbten Schorfen bedeckt. Bringt man das heftig widerstrebende Kind, um den Gang zu untersuchen, aus dem Bett, so bleibt es regungslos auf einem Fleck stehen, auf eindringliches Zureden nähert es sich langsam Schritt für Schritt wie ein Querläufer dem Bette, um dortselbst wieder stehen zu bleiben. Es ist nicht dazu zu bringen, spontan ins Bett zu steigen. Die Patellarreflexe scheinen erhöht. Urin ohne E. u. Z. Körpertemperatur abends 7 Uhr an mehreren Tagen gemessen $35,_8$—$36,_5$, Puls kaum 50.

20. Februar:

Schlief die ersten Tage sehr wenig. Durch Calomel und Abführtee wurde eine beträchtliche Stuhlmenge entleert. Sie isst wenig, am liebsten nimmt sie Milchkaffee. Zustand wesentlich unverändert. Zeitweise etwas freier. — Einmal sieht sie Blut in der Milch, ein andersmal wacht sie erschreckt auf, es seien Polizeidiener an ihrem Bett, die sie holen wollten. Im Colleg äussert sie, sie habe zuvor Angst gehabt, sie werde geköpft.

22. Februar:

Nachdem sie den Mutacismus zeitweise aufgegeben, gibt sie auf einfache Fragen, wenn auch zögernd, richtige Antworten. Sie zeigt sich örtlich gut orientiert.

25. Februar:

Sie hört die Stimme ihres Vaters und ihrer Mutter, wobei sie das Geschrei von Patientinnen im Tagessaal oder Stimmen, die vom Felde her durchs Fenster hörbar sind, umdeutet. Sie verlangt mit Wimmern und Weinen nach Hause. An der Wand kriechen schwarze Schlangen, auf dem Bett springen Eidechsen herum. Sie sieht eine schwarze Katze sitzen, hat Angst vor Schlägen, ist überhaupt die meiste Zeit abweisend und unzugänglich. Nach den Aufzeichnungen einer Pflegerin sagte sie: ich sehe einen schwarzen Mann, der will mich erschiessen. Mein Vater steht da, der weint; meine Mutter ist tot, sie liegt im Leichenhaus, ich sehe sie. Was wird denn mit mir getan. Ich komme in einen finsteren Keller, da sind lauter schwarze Köpfe, die schreien: raus musst du, du wirst erstochen. Ich sehe den Teufel usw.

28. Februar:

Seit der gestrigen Abendvisite spuckt sie aus, sobald sich jemand dem Bette nähert, spuckt auch zuweilen den Betreffenden an; macht: pfui, pfui, bäh, bäh, hält bald das eine, bald das andere Nasenloch zu, schüttelt mit dem Kopfe hin und her, bläht mit vollen Backen, verzieht das Gesicht, erschöpft überhaupt alle Ausdrucksbewegungen für Ekel und Unlust im Gebiet des Geruchs und Geschmacks. Sie spricht und antwortet nichts. Eine fern stehende Pflegerin hält sie für ihre Mutter. Die Milch sehe und röche wie Urin. Puls 86.

3. März:

Wieder in starrer regungsloser Hemmung sitzt sie im Bett aufrecht, sie spricht nichts. Wenn man sich über sie beugt, hört man sie seufzen: Ach Gottala! Ach Gottala!

5. März:

Wesentlich unverändert. Sieht ihre Mutter (wahrscheinlich eine Pflegerin oder Kranke dafür haltend). In der Schüssel ist ein Totenkopf.

7. März:

Seit 2 Tagen isst sie viel. Körpertemperatur jetzt $37_{,0}$—$37_{,5}$. Sie sieht besser aus. Der Mund hat sich gereinigt, die Zunge wird sauber, der foetor ex ore ist verschwunden. Stuhlgang alle 2 Tage. (Sie war bislang nie unrein.)

10. März:

Wesentlich unverändert andauernde Hemmung, Mutacismus, innere Angst, furchtsames abweisendes Benehmen. ½ Pfund zugenommen.

31. März:

Stabiles gleichförmiges Zustandsbild schwerer Hemmung, starren Widerstrebens in allen Gliedern, Mutacismus, zögernde Nahrungsaufnahme, muss mit Mühe und Geduld löffelweise gefüttert werden. Puls bald 50, bald hochfrequent. Das stets blasse Gesichtchen trägt konstant den Ausdruck tiefer Depression. Ein häufiger Wechsel der Physiognomie zwischen schlaffer Apathie und gespannter Aufmerksamkeit ist nicht zu verkennen.

15. April:

Keine wesentliche Aenderung. Patientin verweigert auf eindringliches Zureden und einfache Fragen die Antwort und fährt statt dessen mit dem Zeigefinger über die Nasenspitze weg, wie es oft eigensinnige Kinder tun, die nicht sprechen wollen. Zu der reinen Depression gesellen sich immer mehr Züge verdrossener Trotzköpfigkeit. Die Atmung ist noch häufig seufzend. Nahrungsaufnahme besser.

1. Mai:

Patientin war zweimal mit Urin unrein. Spricht mit den Pflegerinnen ab und zu einige Worte über ihre Eltern. Widerstrebt eigensinnig allen passiven Bewegungen.

15. Mai:

Patientin wird freier, geht gern in den Garten; weigert sich anfangs heftig, das von der Anstalt gelieferte Kleidchen anzuziehen. Sitzt bei der Visite stumm und regungslos da, gibt nicht die Hand. Mit dem Personal soll sie zuweilen längere Gespräche führen.

18. Mai:

Sitzt bei der Visite über den Katechismus und liest fleissig darin. Dem Referenten gegenüber noch stumm, zaghaft und abweisend.

20. Mai:

Wird freundlich und entgegenkommend.

25. Mai:

Der Appetit nimmt auffallend zu. Das schüchterne Wesen hat sich über Nacht verloren; Patientin begrüsst spontan den Arzt, folgt ihm bei der Visite, ist sehr gesprächig, bekam Händel

mit einer anderen Patientin, weil diese die Frisur nicht richtig machte, sie will ihr schönes Kleid nicht mehr ablegen, macht mutwillige Bemerkungen über andere Patientinnen, ist mit allen Leuten der Abteilung, wo sie sich tagsüber aufhält, sofort bekannt, tut als ob sie zu Hause wäre.

28. Mai:

Die pathologische Heiterkeit wird immer deutlicher, singt und tanzt, versteckt sich in die Ecken und spielt den Wau—wau, wird frech und naseweis.

1. Juni:

Immer unruhiger, dreht sich rings um den Kopf winzige Zöpfchen, vorne am Scheitel trägt sie einen aus kleinen Zöpfchen mit farbigen Bändchen zusammengebundenen Knoten; tanzt mitten durch die Patientinnen Schottisch und Walzer. Bei jeder Visite bekommt der Arzt ein Sträusschen und es genügen ihr jetzt die nächstbesten Gräser und Unkräuter für das Bouquet. Soll ab und zu cynische Redensarten führen und schrecklich lügen und aufschneiden. Sie hebt ihre Röcke sehr hoch; einmal wickelte sie Faeces in Papier. Appetit sehr gesteigert.

Gewichtstabelle:

| 22./II. | 7./III. | 6./IV. | 22./IV. | 6./V. | 20./V. | 6./VI. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 58 | 58,3 | 57,2 | 55 | 55 | 57 | 62 Pfd. |

3. Juni:

Stellt sich auf das Closet, exhibiert, stopft in Rollen gedrehtes Closetpapier in die Vagina, äussert sich cynisch über masturbierende Gesten einer anderen Patientin.

15. Juni:

Wie bisher ausgelassen, heiter, schüttelt sich vor Lachen, wälzt sich auf dem Rasen herum, neckt mit Vorliebe reizbare Kranke, macht dem Referenten Liebeserklärungen, bittet täglich, an der August-Kirchweih teilnehmen zu dürfen, übt sich im Tanzen.

30. Juni:

Unverändert. Die Heiterkeit steigert sich oft, bald mit, bald ohne äussere Anregung, zu paroxysmalen Lachsalven und Krämpfen. Ihre sprachlichen Aeusserungen sind klar und geordnet, der Gedankengang, wie es scheint, wenig abschweifend.

31. Juli:

Dasselbe Bild.

31. August:

Die manische Exaltation höheren Grades hat sich abgeflacht und ruhige Zeiten wechseln ab mit lauteren Tagen. Ueber ihre Erlebnisse auch in der tiefsten Melancholie zeigt sie gutes Gedächtnis, doch spricht sie nicht gern davon und weicht Fragen aus: „das war lauter Geschmarr".

30. September:

Nichts Neues. Patientin ist in kurzer Zeit um ein beträchtliches Stück gewachsen. Das Missverhältnis zwischen dem infantilen Aussehen bei ihrer Aufnahme und dem Alter der Patientin scheint sich in raschem Tempo zu verringern.

31. Oktober:

Immer noch manisch; neckt und verspottet alle Kranken, gibt nichts auf wohlmeinende Zurechtweisungen des Pflegepersonals und lädt es, wie gemeldet wird, des öfteren zur Kirchweih ein. In ruhigen Zeiten strickt, näht und häkelt sie; zwar hat sie darin nicht viel gelernt, doch zeigt sie gute Auffassung und Interesse.

Gewichtstabelle:

| 18./VI. | 2./VII. | 30./VII. | 13./VIII. | 27./VIII. | 9./IX. | 30. IX. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 68 | 69 | 70 | 70 | 71 | 71 | 71 Pfd. |
| | | 22./X. | 5./XI. | 19./XI. | | |
| | | 72 | 73 | 73 Pfd. | | |

30. November:

Patientin nähert sich immer mehr einer normalen Verfassung, ist tagelang fleissig, wird für Zurechtweisungen zugänglich. Anderen Patientinnen gegenüber empfindlich und verletzbar.

22. Dezember 1904:

Patientin wird heute in leicht manischer Stimmung entlassen.

Wiederaufnahme in die psychiatrische Klinik am 10. Mai 1906.

Laut Nürnberger Krankengeschichte wurde Patientin am 1. April 1906 wegen schwerer Depressionszustände zum Krankenhaus gebracht. Seit acht Tagen stellten sich ängstliche Wahnvorstellungen ein. „Die Kinder haben gesagt, ich hätte gestohlen" etc. Im Krankenhaus zeigte sie scheues Wesen, weinte viel, verlangte nach ihrer Mutter. Halluzinationen waren nicht nachzuweisen. Infolge innerer Unruhe ging Patientin oft aus dem Bett,

schlief nachts schlecht. Unterm 6. April ist notiert: Vorwiegend verstimmt, weint viel, verlangt in stereotyper Weise nach Hause. 10. April: Patientin gewöhnt sich allmählich in die Anstalt; sie wird heiterer, isst mehr, schläft besser. 16. April: Abgesehen von gelegentlichen Depressionen fühlt sich Patientin wohl. 22. April: Es gelangt wieder das ängstliche und traurige Wesen der Patientin zum Durchbruch. 10. Mai: Nach Erlangen transferiert.

Der Stiefvater gibt an: Nach der Entlassung am 22. Dezember 1904 kam Marg. wieder in die Schule. Zwar habe man ihr immer noch anmerken können, dass sie nicht „ganz richtig" war, besonders wenn sie zeitweise gar zu ausgelassen wurde, aber im allgemeinen war es erträglich. Ihre Leistungen in der Schule waren sehr wechselnd, an manchen Tagen arbeitete sie flink und fehlerfrei, an anderen war nichts mit ihr anzufangen und der Lehrer liess sie dann ruhig sitzen. Meist war sie für sich allein, versuchte auch kaum, sich an andere Kinder anzuschliessen. Daheim half sie der Mutter etwas bei der Hausarbeit, doch äusserte sie oft: „Heute ist nichts mit mir, heute müsst ihr mich gehen lassen." Ostern 1905 wurde sie konfirmiert, nachdem sie dann im Juli aus der Schule entlassen war, ging sie mit ihrem Vater in die Fabrik und erhielt als Packerin einen Lohn von 65 Pfennig im Tage. Sie arbeitete dort leidlich bis vor einem Vierteljahr. Da kam die Vorarbeiterin eines Tages zum Vater und sagte ihm, seine Tochter sei ganz verändert, sie sitze still da, weine in einem fort und habe noch nichts gearbeitet. Der Vater nahm das Kind mit nach Hause und liess es nicht wieder zur Fabrik gehen; wenn die Eltern das Haus verliessen, um ihrer Beschäftigung nachzugehen, wurde die Tochter eingesperrt. Als dann der Vater eines Abends von der Fabrik zurückkam, hatten die Nachbarn das Mädchen befreit, weil es in einem fort geschrieen hatte: „Holt mei Vater". Es beruhigte sich dann, schlief aber die ganze Nacht nicht, sondern sass aufrecht im Bette und zupfte an den Lippen. In den Morgenstunden wurde sie ängstlich, sie hörte den Vater weinen, obwohl er vor ihr stand, lief zur Tür und wollte hinaus, musste mit Gewalt gefüttert werden. Das Essen sei viel zu gut für sie. Oft schaute sie durch den Vorhang: „Sieh mal, da schaut er durch, der schwarze Mann". In der nächsten Zeit besserte sich der Zustand etwas, doch fühlte sich das Kind abends schlechter als morgens, klagte auch viel über mancherlei körperliche Beschwerden, der Kopf brenne, die Füsse schmerzten u. s. f. Als dann Ende März d. J. wieder eine Verschlimmerung eintrat, wurde Patientin dem Nürnberger Krankenhaus überwiesen (1. April 1906) und am 10. Mai der psychiatrischen Klinik zugeführt.

Aufnahme in die Klinik.
10. Mai 1906.

Die Patientin befindet sich in einem ähnlichen Zustande wie bei der ersten Aufnahme im Februar 1904, nur sind die Symptome der Melancholie im Allgemeinen nicht so ausgesprochen wie damals. Auch im Aeusseren macht das Kind nicht den verwahrlosten und körperlich kranken Eindruck wie seinerzeit, zumal mittlerweile der entstellende rechte phthisische Bulbus durch ein künstliches Auge verdeckt wurde. Das Kind sitzt aufrecht im Bette mit angezogenen Knieen, den Kopf hält es etwas nach links geneigt und blickt unverwandt auf einen bestimmten Punkt, unbekümmert um die Vorgänge auf der Abteilung. Der Gesichtsausdruck ist tieftraurig, hin und wieder schimmern Tränen in den Augen, auch beobachtet man von Zeit zu Zeit zuckende Bewegungen des ganzen Körpers, die von einem tiefen Seufzer begleitet werden. Die Atmung ist oberflächlich und vermehrt. Dem Arzte reicht sie nach längerem Zögern die Hand und auf Fragen gibt sie schliesslich mit leiser schluchzender Stimme sinngemässe kurze Antworten. Passiven Bewegungsversuchen setzt sie unter ängstlichem Wimmern merklichen Widerstand entgegen. Nur mit vieler Mühe ist es möglich, ihr einige Löffel Suppe einzuflössen.

11. Mai:

Verharrte die ganze Nacht in halbsitzender Lage und schlief nur wenig. Aeusserte heute Morgen, ihr Vater sei tot, war dann nicht mehr zum Sprechen zu bewegen, seufzte nur und widersetzte sich ängstlich allen Versuchen, sie zu füttern. Sass auch tagsüber aufrecht im Bett mit traurigem Gesicht, ab und zu an Kinn und Lippen zupfend.

15. Mai:

Immer noch im Zustande des melancholischen Stupors. Die Nahrungsaufnahme ist etwas besser geworden. Hörte heute Nacht ihre Mutter klagen, ist voll Trauer und Angst.

18. Mai:

Ist heute Morgen nicht mehr so schwer gehemmt, reichte dem Arzte schüchtern die Hand und bat sogar, aufstehen zu dürfen.

19. Mai:

Nachdem sie aufstehen durfte, sitzt Patientin auf einem Stuhle neben ihrem Bette, die Augen niedergeschlagen, mit angezogenen Armen und unter den Stuhl zurückgezogenen Füssen.

Zur Vorlesung musste sie förmlich in den Hörsaal geschoben und auf einen Stuhl niedergedrückt werden. Mit Tränen in den

Augen und furchtsamer Miene wirft sie kurze scheue Blicke auf die Hörer, sitzt nur eben auf der Kante des Stuhles, zupft an den Lippen und nestelt an der Schürze, schiebt die Füsse unruhig unter dem Stuhle hin und her und antwortet auf alle Fragen erst nach langem Zögern mit kaum vernehmlicher Stimme. Seufzt schliesslich erleichtert auf, als sie wieder hinausgeführt wurde.

25. Mai:

Die Nahrungsaufnahme ist besser geworden, sie isst jetzt ohne genötigt zu werden. Im Uebrigen immer noch gehemmt, traurig und angstvoll. Spricht kaum ein Wort, hält sich abseits von den anderen Patientinnen.

5. Juni:

War bei einem Besuche des Stiefvaters still und gedrückt, sehr wortkarg. Eine wesentliche Veränderung in dem Zustandsbild war bislang nicht zu konstatieren.

15. Juni:

Im Ganzen etwas freier, spricht etwas mehr, geht mit einigen jungen Patientinnen im Garten auf und ab, ohne sich jedoch an der Unterhaltung zu beteiligen. Dem Arzte gegenüber dissimulierend, sagt mit gezwungenem Lächeln, es gehe ihr wieder ganz gut. Fühlt sie sich unbeobachtet, so sitzt sie still und traurig da, ganz in sich versunken.

23. Juni:

Bat heute spontan den Arzt, auf eine andere Abteilung versetzt zu werden, da sie arbeiten wolle, auch möchte sie morgen mit zur Kirche. Wird mitteilsamer und auch im Verkehr mit Pflegerinnen und Mitkranken gesprächiger.

25. Juni:

Versuchte heute Nachmittag auf der neuen Abteilung etwas zu stricken, doch ging ihr die Arbeit nur langsam von der Hand und schliesslich legte sie die Hände in den Schoss und blickte sinnend vor sich hin.

28. Juni:

Halb lachend, halb weinend; ist für Stunden heiter, gesprächig, zu Scherzen geneigt und ziemlich fleissig, aber dann auch wieder ernst still, gedrückt.

5. Juli:

Riskierte heute ein Tänzchen mit einer anderen jungen Patientin, war sehr gesprächig, half mit bei der Hausarbeit, kam

mit lächelndem Gesicht auf den Arzt zu, reichte ihm mit einem Knixchen die Hand, brachte mancherlei Wünsche vor, sprach vom bevorstehenden Gartenfeste und war sehr zutraulich.

Isst jetzt jede Mahlzeit mit vorzüglichem Appetit, sieht besser aus und nahm einige Pfund an Körpergewicht zu.

16. Juli:

Immer noch ein Mischzustand, bald heiter bis zur Ausgelassenheit, reizbar, putzsüchtig, dann plötzlich still, gehemmt und traurig. Das Bild wechselt an einem Tage zu verschiedenen Malen.

Beim Abschluss der Arbeit bietet Patientin noch immer das Bild des Mischzustandes.

---

Der vorliegende Fall ist wegen der Jugend der Patientin als eine klinische Rarität aufzufassen. Die von Emminghaus mitgeteilten Fälle gehören bis auf III und V doch wohl schon dem Pubertätsalter an. Ein von Pilcz erwähnter Fall von periodischem Irresein bei einem 6jährigen Knaben, mitgeteilt in Steiners Lehrbuch: vom 3. Lebensjahre an periodische maniakalische Erregungszustände, dann allmählich sich entwickelnder Blödsinn! ist so wenig charakteristisch, dass man nichts Rechtes mit ihm anfangen kann. Unter den Beobachtungen circulären Irreseins in Pilcz's klinischer Studie über die periodischen Geistesstörungen finden sich 2 Fälle, die im Alter von 14 resp. 12 Jahren erstmalig erkrankten, und zwar beide an Melancholie; Kraepelin bespricht einige Fälle, wo sich das manisch-depressive Irresein in leichtesten Schwankungen bis in die Kinderjahre retrospektiv nachweisen liess. Soweit die Anamnese unserer Patientin eine retrospektive Deutung gestattet, erkrankte sie zum erstenmale um das 11. Jahr an leichter Manie; weiterhin entwickelt sich die Psychose als reines manisch-depressives Irresein mit äusserst schweren Anfällen von Melancholie und Manie. Trotz der Schwere der einzelnen Phasen war bislang, abgesehen von einer ursprünglichen geringen Imbecillität, keine Spur von Verblödung zu merken.

Bezüglich der Aetiologie dürfte es schwer fallen, in der Anamnese genügende Momente für die einwandsfreie Aufklärung der Genese dieses Falles ausfindig zu machen. Was zunächst die etwaige psychopathische Belastung anbetrifft, so war ausser der Erkrankung der Grossmutter väterlicherseits weder in der Familie des Vaters noch der der Mutter irgend eine Geisteskrankheit nachzuweisen. Die Grossmutter konnte nicht lesen und schreiben, das will nicht viel besagen, da sie wahrscheinlich einer Zeit entstammte, die einen obligatorischen Unterricht nicht kannte, und auch heute noch findet man Analphabeten, die keineswegs Psychopathen sind. Schliesslich starb die Grossmutter an Schlaganfällen, nachdem sie vorher die Sprache verloren; auch darin lässt sich mit keiner Berechtigung ein aetiologischer Faktor begründen. Freilich somatisch ist das Kind sehr schwer belastet. Tuberkulose und Lues sind in der Ascendenz nachgewiesen, ausserdem traten in dem jungen Leben der Patientin noch mancherlei schwächende Einflüsse so wahrscheinlich Rhachitis hinzu. Aber derartige Belastung stellt noch nichts Aussergewöhnliches dar und wenn diese Krankheiten gar verantwortlich gemacht werden sollten als Erreger des manisch-depressiven Irreseins, so müsste unter den Kindern des Proletariats diese Psychose geradezu florieren. Also auch auf diesem Wege dürfte eine Lösung des Problems nicht möglich sein und man muss einstweilen auf die aetiologische Erklärung dieses Krankheitsfalles verzichten bis vielleicht eine genauere Kenntnis der pathologischen Stoffwechselvorgänge einen Einblick gestattet.

Bei der Allgemeinbetrachtung dieses Falles springt zunächst der Umstand in die Augen, dass eine Verblödungstendenz nicht zu konstatieren ist, während Kraepelin beobachtete, dass lange anhaltende und häufige, schwere Krankheitsfälle von schädigenden Einflüssen seien; es handle sich dabei meist um Kranke, bei denen

das Leiden in der Entwicklungszeit begann. Hinsichtlich des Gepräges der einzelnen Phasen ist zu bemerken, dass die melancholische keine symptomatologische Differenz zwischen Kind und Erwachsenem erkennen liess. Der Stupor, der bekanntlich bei den Frühformen des manisch-depressiven Irreseins die melancholische Phase oft ganz einseitig beherrscht, war hier wohl auch stark ausgeprägt, aber nicht so sehr, dass er die übrigen Componenten der Depression verdrängt hätte; das Gesamtbild war daher nicht anders, als man es bei Erwachsenen auch sieht. Dass die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen infantile Ideen zum Ausdruck brachten, ist selbstverständlich. Aus der Eigenart der kindlichen Seele erklärt es sich auch, dass die maniakalische Phase entschieden ärmer an produktiver Fähigkeit war, als bei Erwachsenen. Trotz der flotten Manie bot die Patientin infolge der natürlichen Dürftigkeit der kindlichen Psyche nur Wiederholungen, da dem Rededrang naturgemäss nur wenig Material zur Verfügung stand. Obwohl nun in dem Krankheitsbilde eine gewisse Einförmigkeit und die Tendenz zu Wiederholungen mit im Vordergrunde standen, war doch der Verdacht auf Dementia praecox abzuweisen; es steckte in all dem eben doch eine echt manische Ungebundenheit. Auch der Stupor und der Negativismus liessen den Gedanken an Dementia praecox nicht aufkommen, da beide ihre ganz natürliche Erklärung in der hochgradigen Angst fanden und die der katatonischen Verblödung charakteristischen Züge nicht aufwiesen. Die Anamnese vollends liess sich nur unter der Annahme des manisch-depressiven Irreseins verstehen. Dementia praecox katatonica brauchte also nie ernstlich erwogen zu werden. Der ganze Verlauf bestätigte dann die Diagnose. Als symptomatologische Besonderheit sei übrigens noch der Umstand betont, dass die melancholische Erkrankung starke Angsterscheinungen mit entsprechenden Wahn-

vorstellungen und Sinnestäuschungen im Gefolge hatte, ja, sie waren in diesem Falle zeitweise geradezu hervorstechend, während sie in der Regel als Privileg der Melancholie des Rückbildungsalters angesehen werden.

Eine Tatsache dürfte zum Schluss noch zu erwähnen sein, dass nämlich auch dieser Fall die bekannte Erfahrung bestätigte, dass selbst schwere Psychosen nicht nur von Laien, sondern auch von psychologisch gebildeten Leuten, z. B. Lehrern, verkannt zu werden pflegen. Man wusste daher in der Schule so recht nichts anzufangen mit dem Kinde und begnügte sich damit, das krankhafte Gebaren schulpsychologisch zu deuten und unter die entsprechenden Begriffe zu rubrizieren. Das Kind wurde als zerstreut, vergesslich, ja schwachsinnig hingestellt und man hielt es wegen der angenommenen Idiotie nicht der Mühe wert, ihm Nachhilfestunden zu geben. Auch der Mutter, die doch das Kind die meiste Zeit um sich hatte, entging die psychische Erkrankung fast ganz und bei der Erhebung der Anamnese schilderte sie stets somatische Beschwerden, die sie natürlich für die Erkrankung verantwortlich machen wollte. Der Hausarzt hielt die Krankheit für ein Fieberdelirium und auch im Kinderspitale wusste man den Fall nicht zu deuten. Würde es sich um einen Erwachsenen gehandelt haben, so würde die Erkennung der Psychose, von ärztlichen Beobachtern ganz zu schweigen, wohl Niemandem Schwierigkeit gemacht haben.

## Literatur.


1. Esquirol: Seelenstörungen, übersetzt von Hille. Leipzig 1827.
2. Casper: 1825, Beiträge zur medizin. Statistik.
3. Friedreich B.: Handbuch der allg. Path., der psych. Krankheiten. Erlangen 1839.
4. Carus: Zur Entwickelungsgeschichte der Seele. Pforzheim 1846.
5. Guislain: Neue Lehre von den Geistesstörungen; übersetzt von Kanstatt. Nürnberg 1838.
6. Zeller: Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Band I, Seite 17.
7. Stolz: Medizin. Jahrbuch der österreich. Staaten 1844, Seite 257.
8. Griesinger: Pathologie und Therapie der psych. Krankheiten. Stuttgart 1845.
9. West: Journal für Kinderheilkunde 1854.
10. Neumann: Lehrbuch der Psychiatrie. Erlangen 1859; Seite 142, § 234.
11. Morel: Traité des maladies ment. Paris 1860.
12. Marcé: de l'état mentale dans la chorée.
13. Conolly: Journal für Kinderkrankheiten 1862.
14. Berkhahn: Correspondenzblatt d. Psychiatrie 1863.
15. Maudsley: Physiologie und Pathologie der Seele; übersetzt von H. Böhm. 1870.
16. Kahlbaum: Hebephrenie. 1863.
17. Collineau: Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Band XXVII, Seite 92.
18. Wiedemeister: Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Band XXIX, Seite 574.

19. Meschede: Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Band XXX, Seite 84.
20. Köhler: Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. XXXVI, Seite 474.
21. Scherpf: Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. XVI, Seite 267.
22. Hagen: Statist. Untersuchungen. Erlangen 1876.
23. Kosters und Tigges: Geschichte und Statistik der westfäl. Provinzialirrenanstalt Marsberg. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Supplementheft zu Band XXIV, Seite 255.
24. Emminghaus: Die psych. Störungen im Kindesalter. Gerhardts Handbuch der Kinderkrankheiten. Nachtrag II, 1887.
25. Moreau: La folie chez les enfants. Paris 1888.
26. Manheimer: Les troubles mentaux de l'enfance. Paris 1899.
27. Ireland: The mental affections of children. London 1900.
28. Ziehen: Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin 1906.
29. Bruns: Hysterie im Kindesalter. Halle a. S. 1897.
30. Mönkemöller: Geistesstörungen und Verbrechen im Kindesalter. Berlin 1903.
31. Pick: Ueber einige bedeutsame Psycho-Neurosen des Kindesalters. Halle a. S. 1904.
32. Eulenburg: Die Hysterie des Kindes. Berlin 1905.
33. Weygandt: Leicht abnorme Kinder. Halle a. S. 1905.
34. Kraepelin: Psychiatrie.
35. Emmingbaus: Allgemeine Psychopathologie. Leipzig 1878, Seite 307.
36. Hegar: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band LVIII, Seite 357.
37. F. Moeller: Beitrag zur Lehre von dem im Kindesalter entstehenden Irresein. Archiv für Psychiatrie, Band XIII, Seite 188.

38. Pilcz: Die periodischen Geistesstörungen. Jena 1901.
39. Schönthal: Archiv für Psychiatrie. Band XXIII, Seite 799.
40. Zimmer: Ein Fall von infantiler circulärer Psychose. Inaug.-Diss. Berlin 1899. Referat von Mendel im Neurologischen Centralblatt, Band XIX, Seite 676.
41. Schüle: Lehrbuch der klinischen Psychiatrie. Leipzig 1886, Seite 315.
42. Krafft-Ebing: Psychosis menstrualis.
43. Ament: Kinderseelenkunde. Leipzig 1904.
44 Binswanger: Ueber den moralischen Schwachsinn mit besonderer Berücksichtigung der kindlichen Altersstufe.
45. Chatelain: Das Irresein; übersetzt von Dornblüth. Neuchatel 1891.
46. Koch: Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Ravensburg 1891.
47. Pinel: Abhandlung über Geistesverirrungen, übersetzt von Wagner. Wien 1801.

## Lebenslauf.

Ich wurde am 4. Juni 1878 als Sohn des Arztes Dr. Lackmann zu Bochum in Westfalen geboren. Nachdem ich im März 1900 am königlichen Gymnasium zu Meppen in Hannover das Reifezeugnis erworben hatte, studierte ich in Freiburg, Kiel, Berlin und Erlangen Medizin. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich im März 1902, das Staatsexamen im Januar 1905, beide zu Erlangen.